

Saimaan ammattikorkeakoulu
Aikuiskoulutus ja palvelutoiminta
Sosiaali- ja terveysala Imatra
Hoitotyön koulutusohjelma

Korhonen Tiina ja Sinisalo Pia

SAIRAAenhoitajien kokemus väkivallasta Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

Korhonen Tiina ja Sinisalo Pia

Sairaanhoitajien kokema väkivalta Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla, 38 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Imatra

Aikuiskoulutus ja palvelukeskus

Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö, 2011, osastonhoitaja Huovila Päivi, terveystieteiden maisteri

Suikkanen Anne

Tutkimuksessa kuvataan Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastojen sairaanhoitajien kokemaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa. Tutkimus kuvaa, kuinka paljon väkivaltaa vuodeosastoilla esiintyy, minkälaista väkivalta on ja miten väkivaltatilanteisiin vuodeosastoilla reagoidaan.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake jaettiin kahdeksalle (8) osastolle, joista sisätautivuodeosastoja on neljä (4) ja kirurgisia vuodeosastoja on neljä (4). Kyselylomakkeita jaettiin vuodeosastoille yhteensä 150 kappaletta, ja vastausprosentiksi muodostui 57,3 %. Tutkimus on kvantitatiivinen, eli määrällinen tutkimus ja muutamat avoimet kysymykset kyselykaavakkeessa täydensivät määrällisiä vastauksia. Tutkimusaineisto käsiteltiin Windows SPSS 17.0 -tilasto-ohjelmalla. Apuna tutkimuksessa käytettiin Windows Excel-taulukkolaskentaohjelmaa.

Tutkimuksen mukaan vastaajista puolet oli kokenut väkivaltaa työssään Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla. Useimmissa väkivaltatilanteissa tekijä oli potilas. Vastaajista valtaosa pelkäsi väkivaltaisen henkilön kohtaamista työssään. Fyysistä väkivaltaa kerran kuukaudessa vastaajista koki noin puolet. Valtaosa vastaajista koki myös henkistä väkivaltaa. Fyysisestä ja henkisestä väkivallasta oli myös seurauksia vastaajille.

Valtaosa vastaajista purki väkivaltatilanteet vain työtoverinsa kanssa. Vastaajat kokivat väkivaltatilanteiden käsittelyn jälkeenpäin tärkeänä. Väkivaltatilanteet kirjattiin järjestelmään joka kerta vain osassa tapauksista. Valtaosa vastaajista oli tietoisia, kuinka väkivaltatilanteiden jälkeen osastoilla toimitaan. Osa vastaajista koki valmiutensa huonoksi kohdata väkivaltainen henkilö. Vastaajat toivoivat koulutusta väkivaltaisen henkilön kohtaamiseen ja tämän rauhoittamisesta sekä itsepuolustuksesta.

Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastojen sairaanhoitajat kohtaavat työssään niin fyysistä kuin henkistä väkivaltaa. Väkivaltaa osastoilta ei saada kokonaan poistettua, mutta koulutus auttaa sairaanhoitajia väkivaltaisen henkilön kohtaamisessa. Väkivaltatilanteiden valtakunnallinen yhtenäinen kirjaamiskäytäntö olisi tärkeää.

Asiasanat: väkivalta, sairaanhoitaja, fyysinen väkivalta, henkinen väkivalta, vuodeosasto

ABSTRACT

Korhonen Tiina and Sinisalo Pia

Abuse and violence towards the nursing staff on the wards at South Karelian Central Hospital, 38 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Imatra

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Bachelor's thesis, 2011

Instructors: Senior Lecturer Anne Suikkanen, Head Nurse Päivi Huovila

The purpose of the study was to survey experience of nurses regarding physical and psychological violence on the wards in the South Karelia Central Hospital (SKCH). The study attempts to describe how much violence appears on the wards, the nature of the violence, and how violent situations are handled on the wards.

The study was quantitative. The research material was collected through a questionnaire. In all, 150 questionnaires were delivered to the nursing staff on four surgical wards and four internal medicine wards. The response rate was 57.3%. The data was treated with SPSS for Windows statistics program. The unstructured parts were analyzed by using Excel for Windows.

According to the results, half of the respondents had faced violence at work on the wards at SKCH. In describing the perpetrators, the study shows that patients themselves do the most violence. The majority of the people polled stated they were frightened of having to deal with an aggressive person whilst at work. More than half of the respondents had been physically assaulted. Most of the nursing staff had been subjected to emotional abuse. The experiences with physical and the emotional violence had consequences for the respondents.

Mostly the incidents were dealt with only in discussions with colleagues. The respondents felt that it was important to be able to deal with their feelings quickly after the incidents. There was plenty of variation in registering violent incidents. Most of the nursing staff knows how to act after violence situations on the wards. Some of the people polled felt that their ability to deal with the violent person was not very good. The nursing staff hopes to obtain training to about dealing with violent people, learn how to calm them down, and to obtain training in self-defense.

Nursing staff meets physical and emotional violence at work on the wards. Violence is now a part of practice, but training can help prepare nurses about how to approach violent people. A national unified system in registering violence in health care facilities would be of great benefit.

Keywords: Nursing Staff, Physical Violence, Emotional Abuse, Wards

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 VÄKIVALLAN MÄÄRITTELY JA MUODOT	6
2.1 Väkipalta	6
2.2 Fyysinen väkipalta.....	7
2.3 Henkinen väkipalta.....	7
3 SAIRAANHOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALTA.....	8
4 TYÖTURVALLISUUS	12
5 VÄKIVALTATILANTEISIIN LIITTYVÄ LAINSÄÄDÄNTÖ.....	13
5.1 Työturvallisuuslaki.....	14
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	15
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	15
7.1 Tutkimusmenetelmä.....	15
7.2 Tutkimuksen kohderyhmä	17
7.3 Tutkimusaineiston keruu ja toteutus.....	17
7.4 Tutkimusaineiston analysointi	19
8 TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT	20
9 TUTKIMUSTULOKSET	21
9.1 Väkipallan esiintyvyys vuodeosastoilla.....	22
9.2 Fyysisen väkipallan esiintyvyys vuodeosastoilla	23
9.3 Fyysisen väkipallan seurauksia.....	25
9.4 Henkisen väkipallan esiintyvyys vuodeosastoilla	26
10 VÄKIVALTATILANTEISIIN REAGOINTI VUODEOSASTOILLA	28
11 VALMIUDET KOHDATA UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEET	30
12 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	32
13 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	35
14 POHDINTA	36
LÄHTEET	39
LIITTEET	
Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Saate kyselylomakkeeseen
Liite 3	Tutkimuslupapäätös

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajien kokema väkivalta vuodeosastoilla on kiinnostava meille tutkijoille, koska olemme myös itse kohdanneet väkivaltatilanteita työssämme Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla ja huomanneet, että väkivaltatilanteisiin reagoiminen on aika vaihtelevaa. Joihinkin puututaan ankarasti, joihinkin ei taas ollenkaan. Aihe on ajankohtainen ja siitä on kirjoitettu paljon myös hoitoalan ammattilehtiin. Fyysinen ja henkinen koskemattomuus on kaiken perusta hoitotyössä (Tiihonen, Lommi & Pietarinen-Lyytinen 2004). Sairaanhoitajat tarvitsevat tukea ja koulutusta väkivaltatilanteisiin (Turpeinen, Kontio, Välimäki, Nikkonen & Suominen 2008).

Tutkimuksen tarkoitus on tarkastella väkivallan kokemuksia vuodeosastojen sairaanhoitajien näkökulmasta ja tutkia heidän kokemuksiaan asiasta. Tutkimuksessa halutaan saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin: kuinka paljon väkivaltaa esiintyy Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla, minkälaista väkivalta on ja miten väkivaltatilanteisiin reagoidaan. Väkivalta käsittää niin fyysisen kuin henkisen väkivallan. Tutkimuksessa keskitytään aikuispotilaiden käyttämään väkivaltaan. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien turvallisuuden tunnetta ja työviihtyvyyttä. Tutkimusta voisi hyödyntää niin, että vuodeosastojen käytännöt yhtenäistyisivät ja että jokaisesta väkivaltatilanteesta tehtäisiin kirjallinen raportti. Yhtenäisiä ohjeita ei aina noudateta, vaikka ne ovatkin olemassa.

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvaisuuksia. Tiedot kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeella eli tutkittavalle annettiin valmiit vastausvaihtoehdot, joista hän valitsi sopivimman. Sairaanhoitajien osallistuminen tutkimukseen on tärkeää, jotta hoitotyöhön liittyvistä väkivaltatilanteista saataisiin mahdollisimman todenmukainen kuva (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Linström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2007,133).

2 VÄKIVALLAN MÄÄRITTELY JA MUODOT

2.1 Väkivalta

Väkivallan tai väkivallan uhan kohteeksi joutuminen hoitotyössä on niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa on kasvava ongelma. Tutkimukset ja selvitykset eri maissa osoittavat, että yhteiskunta on muuttumassa väkivaltaisemmaksi, ja väkivallan muodot ovat raaistuneet, mikä näkyy myös työpaikoilla. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella työntekijät joutuvat väkivallan kohteeksi useammin kuin muilla aloilla. Aggressiivisuus ja väkivalta vaikuttavat suuresti yhteiskunnan hyvinvointiin. (Antti-Poika, Martimo, & Husman. 2006.; Merecz, Rymaszewska, Mos'cicka, Kiejna, & Jarosz-Nowak. 2006.; Timlin, Kyngäs, 2008.)

Väkivaltaisuus määritellään niin, että se on toimintaa, jonka tarkoitus on vahingoittaa joko ihmisiä, eläimiä, esineitä tai ympäristöä. Useinkaan väkivaltaiseen käytökseen ei liity aggressiivisia tunteita itse väkivallan kohdetta kohtaan. (Lehestö, Koivunen, & Jaakkola. 2004.) Usein aggressiivinen ja uhkaava ihminen tuntee itsensä jollain lailla uhatuksi (Havio, Mattila, Sinnemäki, & Syysmeri. 1995, 68–69). Väkivaltaa on kaikenlainen uhkaaminen, hyökkäykset, pakottaminen, pelottelu ja kaikenlainen muu häirintä. Väkivalta saattaa ilmetä sekä fyysisenä että henkisenä väkivaltana. (Pitkänen. 2003, 3) Fyysinen väkivalta on usein kertaluonteista, henkinen väkivalta taas helposti toistuvaa. (Rasimus. 2002, 35).

Ihmisen aggressiivisuus voi ilmetä monella tavalla. Lievin väkivallan muoto on sanallista. Tällöin potilas tai omainen voi nimitellä hoitajaa, kiroilla tälle, nöyryyttää tai vähätellä hoitajaa tai hänen ammattitaitoaan. Mikään edellä mainittu ei kuulu normaaliin hoitosuhteeseen, eikä sitä pidä missään tapauksessa sietää. (Karvinen 2010.)

Työväkivallan riskeihin on alettu kiinnittää enemmän huomiota, minkä on huomattu olevan tärkeä osa työturvallisuutta ja työterveyttä. Naisten työtehtävissä esiintyvä väkivalta ja uhkailu ovat lisääntyneet selvästi, miesten työtehtävissä taas melko vähän. (Antti-Poika ym. 2006, 161) EU:n komission tekemässä selvityksessä työssä koettu väkivalta on johdonmukaisesti aliarvioitu monissa maissa (Söderholm, Piispa, & Heiskanen. 1999).

2.2 Fyysinen väkivalta

Nykysuomen keskeinen sanasto määrittää fyysisen väkivallan seuraavasti:

karkea tai vammaan johtava ruumiillisen voiman käyttö, vallan ja voiman epäoikeuden mukainen käyttö alistamiseksi tai muun eriarvoisuuden toteuttamiseksi (Nurmi. 2004, 1198). Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan fyysistä toimintaa, joka aiheuttaa uhrille fyysisiä vammoja (Pitkänen 2003). Fyysisesti väkivaltainen ihminen voi lyödä tai yrittää lyödä, potkia, tarttua kiinni hiuksiin tai vaatteisiin, purra, heitellä esineitä tai käydä päälle (Havio ym. 1995, 68–69). Myös liikkumisen estäminen, tyrkkiminen, hoitotoimenpiteiden estäminen ovat hyviä esimerkkejä fyysisestä väkivallasta. Uhkailu lyömisestä on myös fyysistä väkivaltaa. Äärimmäistä fyysistä väkivaltaa on aseellinen päällekkarkaus. (Antti-Poika ym. 2006.)

2.3 Henkinen väkivalta

Henkisellä väkivallalla viitataan toisen ihmisen loukkaamiseen esimerkiksi sanallisesti. Henkinen väkivalta on epäeettistä käyttäytymistä toista kohtaan. Siinä ihminen alistetaan kielteiselle kohtelulle, joka vaikuttaa niin ihmisen itsetuntoon kuin työssä jaksamiseen. (Hirvelä & Hööpakka. 2006.) Ihmisen aggressiivisuus voi ilmetä monella tavalla. Lievin väkivallan muoto on sanallista. Tällöin potilas tai omainen voi nimitellä, nöyryyttää tai vähätellä hoitajaa tai hänen ammattitaitoaan. Mikään edellä mainittu ei kuulu normaaliin hoitosuhteeseen eikä sitä pidä missään tapauksessa sietää. (Karvinen 2010.)

Henkistä väkivaltaa on sanallinen loukkaaminen, huutaminen, vähättely, mitätöiminen, hävytön nimittely tai kiroilu (Havio ym. 1995; Lanza, Zeiss, & Rierdan. 2006). Väkivaltaisuus saattaa olla pitkään sanallisessa muodossa ja kärjistyä välillä kohti fyysistä väkivaltaa. Vihan tunne kuuluu ihmisyyteen kuten muutkin tunteet. Viha on oikeutettua ja hyödyllistäkin, kun yksilön kestäkykyä uhataan. Se voi olla ainoa keino puolustautua esimerkiksi psyykkistä pahaa oloa vastaan. (Ilja, Almgvist, & Kiviharju-Rissanen. 1999.)

Potilas tai omainen voi pelotella hoitajaa. Hän voi myös uhata vahingoittaa itseään tai tekemällä valituksen hoitajan toimista. Myös hoitajan yksityiselämää voidaan uhata, esimerkiksi vihjaamalla ”tiedän missä asut”- kommentteilla. Sukupuolinen häirintä ja ahdistelu on myös henkisen väkivallan muoto, johon voi kuulua vihjauksia ja erilaisia ehdotuksia, jopa fyysistä koskettelua. (Karvinen. 2010.)

3 SAIRAANHOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALTA

Suomen työllisestä työvoimasta työskentelee 15 % sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vuonna 2005 tehdyssä valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa suorassa potilas- ja asiakaskontakteissa toimivat kokivat mielihyvää tai iloa usein työssään. Työtä pidettiin vaihtelevana sekä mielenkiintoisena, vaikka kiire kuormittaakin työtä ja vaikka monet alan tehtävät voivat olla fyysisesti raskaita. Lisäksi potilaiden moniongelmaisuus koetaan aiempaa haastavampana ja huoli väkivallan esiintymisestä on lisääntynyt. (Kauppinen, Hanhela, Heikkilä, Kasvio, Lehtinen, Lindström, Toikkanen, & Tossavainen. 2007.)

Suomessa terveydenhuollon henkilöstön työssä kokemaa turvattomuutta on tutkittu melko vähän, vaikka siihen liittyviä ongelmia on tunnistettu. Väkivalta aiheuttaa terveydenhuollossa työtapaturmia kaksi kertaa useammin kuin muissa ammateissa. Väkivaltaa esiintyy eniten niissä hoitotoimenpiteissä, joissa joudutaan käyttämään rajoittavia tai pakottavia toimia. (Rasimus 2002.) Vuonna 2008 Iranissa tehdyssä tutkimuksessa väkivallan tekijä on useimmiten potilaan

omainen tai vierailija ja potilas itse. Tutkimustulos on samansuuntainen kuin muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa.(Shoghi, Sanjari, Shirazi, Heidari, Salemi & Mirzabeigi. 2008.) Rasimus (2008) viittaa väitöskirjassaan englantilaisiin ja irlantilaisiin tutkimuksiin, joista ilmenee, että henkilökunta joutuu väkivallan kohteeksi, mutta todellista kuvaa väkivallan esiintymisestä on vaikea saada, koska kaikkia tilanteita tai uhkauksia ei aina raportoida. Yleisiä väkivaltaisen käyttäytymisen syitä olivat Rasimuksen mukaan viivyttävä toiminta ja toimenpiteen jälkeinen sekavuus.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevillä on yli kaksinkertainen riski joutua kokemaan fyysistä väkivaltaa tai uhkailua työssään verrattuna kaikkien ammattien keskiarvoon (Lehestö ym. 2004, 164–165). Tehyn tekemän kyselytutkimuksen mukaan joka kolmas hoitaja oli työssä ollessaan joutunut fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi, ja kaksi kolmasosaa oli kohdannut työssään sanallista uhkailua, nimittelyä tai arvostelua kuluneen vuoden aikana. (Superliitto. 2001,3). Vuonna 1999 HYKS:n hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn mukaan potilaan käyttämällä väkivallalla oli jonkinlaisia henkisiä seurauksia seitsemälle kymmenestä. (Söderholm ym. 1999.) Sairaanhoidajista 21 % on joutunut vuoden aikana työpaikkaväkivallan kohteeksi, kun taas esimerkiksi kauppa- ja myyntityössä vastaava luku on 7 %. Työpaikkaväkivalta vaikuttaa kielteisesti hoitohenkilöstön terveyteen ja sairauspoissaoloihin sekä työpaikkavaihtuvuuteen. (Heponiemi, Sinervo, Kuokkanen, Perälä, Laaksonen,. & Elovainio. 2009.) Kaikilla on oikeus tehdä työtä pelkäämättä ja ahdistumatta. Jos sairaanhoitaja ei koe työskentelevänsä turvallisessa olosuhteissa, myös potilasturvallisuus vaarantuu. (Karvinen 2010.)

Pahimmin tulilinjalle joutuvat sairaanhoitajat. He useimmiten vastaanottavat uuden potilaan ja ovat potilaan kanssa läheisessä hoitosuhteessa. Vaaratilanteet eivät enää ole vain mielenterveyshoidon ja päivystysosastojen tai ilta- ja viikonlopputyöläisten riski. Lähes puolet väkivaltatapahtumista sattuu kello 7 - 15 välillä, vain 30 % tapahtuu illalla ja 22 % yöllä. (Karvinen 2010.) Sairaanhoidajat joutuvat työssään hallitsemaan ja arvioimaan potilaan aggressiivisuutta, muun muassa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä

hyödyntämällä tai rajoittamalla potilasta fyysisesti tai lääkehoidon avulla (Timlin & Kyngäs. 2008).

Iranissa vuonna 2008 tehdyn Sairaanhoidtajien kokema väkivalta sairaalassa - tutkimuksen mukaan sairaanhoidtajilla oli univaikeuksia, painajaisia, voimattomuutta ja masentuneisuutta sekä pelkotiiloja, jopa itsemurha-ajatuksia väkivaltatilanteen jälkeen. Alkoholin ja tupakan käyttö lisääntyi osalla vastaajista ja heidän terveydentilassaan tapahtui muutoksia. Sairaanhoidtajien kokemaa fyysisen ja henkisen väkivallan yleisyyttä tutkittiin 6 kuukauden ajan. Iranissa tehty tutkimus sairaanhoidtajien kokemasta väkivallasta tukee aikaisempia tutkimuksia sen suhteen, että henkistä väkivaltaa esiintyy useammin kuin fyysistä väkivaltaa. Henkisestä väkivallasta ei tehdä yleensä ilmoitusta, sillä sairaanhoidajat ajattelevat erilaisen uhkailun kuuluvan työhönsä. (Shoghi ym. 2008.)

Sairaanhoidtajien perusvalmiuksia tulisi lisätä sopivalla perehdytyksellä, työnohjauksella, täydennyskoulutuksella ja uhkatilanteita koskevalla menettelytapakoulutuksella. Henkilökohtaisten valmiuksien ylläpitäminen ja lisääminen väkivaltatilanteiden varalle on jokaisen sairaanhoidajan omakohtaiseen vastuuseen kuuluvaa. (Ilja ym. 1999.)

Terveydenhuollon ammattilaisia koskevat tavalliset yhteiskunnan oikeudelliset normit. Kenenkään ei tarvitse saattaa itseään vakavaan vaaraan. Hoitohenkilökuntaan sovelletaan tavallisia vahingonkorvaus- ja rikosoikeudellisia normeja. Hoitohenkilökunta ei ole millään lailla erikoisasemassa rikosoikeudellisesti. Jokaisella väkivaltaisen hyökkäyksen kohteeksi joutuneella kansalaisella on hätävarjeluun perustuva oikeus puolustaa itseään, Suomen rikoslain 4 §:n mukaan. (Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 2004.)

Työpaikalla esiintyvään väkivaltaan pitäisi suhtautua vakavasti. Väkivaltaa voi esiintyä hoidettaessa alkoholin, huumeiden, lääkityksen tai sairaudentilan vuoksi sekavia potilaita. Vammautunut tai äkillisesti sairastunut potilas saattaa

käyttäytyä normaalista poikkeavasti, aggressiivisestikin, jos hänen psyykkiset voimansa eivät riitä tilanteen hallitsemiseen. (Söderholm ym.1999.)

Potilaan tai omaisen väkivaltaisuuden kohtaaminen voi olla vaikeaa, koska se herättää hoitajan vastatunteet, kuten ahdistuksen, uhan tai jopa pelon. Toisaalta hoitajien piittaamattomuus tai väkivaltilanteen vähättely antaa väkivaltaiselle henkilölle mielikuvan siitä, että hänen käyttäytymisensä on sallittavaa. Ylikärsivällinen sairaanhoitaja voi jopa vahvistaa potilaan sairautta. Selvästi asetetut rajat auttavat potilasta ymmärtämään, mikä on sallittua ja mikä ei. Vihan tai ärtymyksen herääminen sairaanhoitajassa on luonnollinen asia. Usein omat tunteet voivat jäädä tiedostamatta. Olisi hyvä, että työyhteisössä olisi mahdollisuus avoimuuteen siten, että hoitajat kertoisivat toisilleen väkivaltaisen henkilön herättämistä tunteista. (Ilja ym. 1999.)

Potilaiden aggressiivisuutta selitetään usein yhteiskunnallisella tilanteella. Ne, joilla menee huonosti työssä ja kotona, käyttävät myös eniten terveydenhuollon palveluita. Väkivallan lisääntymisellä on myös kulttuurista taustaa. Potilaan rooli on muuttunut tässä tiedon tulvan ja oman edun tavoittelun yhteiskunnassa. He tietävät enemmän sairauksista ja niiden hoidosta kuin myös omista oikeuksistaan. He tietävät, mitä tahtovat ja jos eivät saa haluamaansa, he osoittavat sen omalla tavallaan. Jotkut kostavat sairaanhoitajille kokemaansa vääryyksiä. (Karvinen 2010, 16.)

Toki sairaus ja kipu sinänsä voivat hermostuttaa potilaan (Karvinen 2010,13). Väkivallan tekijä on useimmiten potilas. On myös hyvä huomioida, että potilaan omaiset ja saattajat voivat olla järkyttyneitä, sokissa tai päihtyneitä aivan kuten potilaskin. Syyt heidän häiriökäyttäytymiseen ovat samansuuntaisia kuin potilaidenkin, kuten pitkät odotusajat tai tyytymättömyys hoitoon ja kohteluun. (Lehestö ym. 2004.)

Väkivallantekijä oli usein sairaanhoitajan asiakas, potilas, oppilas tai muuten kohdattu henkilö. Tuntematon väkivallantekijä oli kyseessä noin joka kymmenennessä tapauksessa ja vain harvoin työtoverit syyllistyivät väkivaltaan. (Tilastokeskus 2010.)

Suuttumuksen ja ärtymyksen tunteet ovat inhimillisiä, ja jokaisen kyky käsitellä aggressioita on erilainen. Toiset reagoivat herkemmin ja voimakkaammin, erityisesti tilanteessa, jossa ihminen tuntee olevansa avuton tai hänellä ei ole keinoja selviytyä tilanteesta. Sosiaali- ja terveysalan koulutus antaa perusvalmiudet kohdata väkivaltainen ihminen, mutta kokemuksen sekä lisäkoulutuksen avulla voidaan lisätä niin potilaan kuin henkilökunnankin turvallisuutta. (Weizmann-Henelius, 1997, 10–12.) Sosiaali- ja terveysministeriö esittää lisättäväksi sairaanhoitajien peruskoulutukseen nykyaikaista turvallisuusopetusta. Pelkkä väkivaltatilanteisiin varautuminen ei raportin mukaan enää riitä, kun väkivalta on arkistunut ja häiriökäyttäytymisen muodot ovat muuttuneet. Nykyisin väkivaltatilanteiden määrästä ei ole tarkkaa tietoa valtakunnallisesti, koska turvallisuusuhkia tilastoidaan eri tavoin sairaanhoitopiireissä. (Karvinen 2010, 16.)

Euroopan Unionin jäsenmaissa tehdyssä selvityksessä tulee ilmi, että useimmissa maissa tiedot työväkivallasta ovat puutteellisia tai painottuvat vakaviin tapauksiin. Ongelma on joka maassa se, että kaikkia väkivaltatilanteita ei raportoida. Mikäli raportointijärjestelmiä on, ne ovat erilaisia eri maissa, joten niitä on vaikea vertailla keskenään. Pohjoismaissakin on suuria eroja, esimerkiksi Ruotsissa väkivaltatilanteet kirjataan työtapaturmiksi. Suomessakaan väkivaltatilastoinnille ei ole yhtenäistä käytäntöä. (Rasimus 2002,68.)

4 TYÖTURVALLISUUS

Työnantaja on velvollinen huolehtimaan siitä, että työntekijä voi tehdä työtään turvallisesti. Työnantajan pitää ryhtyä toimenpiteisiin, jotka ovat tarpeellisia työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä huolehtimiseksi. Työntekijän terveydellä tarkoitetaan sekä fyysistä että henkistä terveyttä. Työturvallisuudesta työpaikoilla vastaavat yksikön esimiehet. Jokaisessa työpaikalla tulee olla laadittuna työsuojelun toimintaohjelma ja sitä tulee myös noudattaa ja ylläpitää. (Kaupanalan esimiesliitto KEY ry.)

Yötyö ja väkivallan uhka voi aiheuttaa erityistä sairastumisen vaaraa (Martimo, Antti-Poika & Uiitti. 2010). Euroopan komission keräämien ESAW (European Statistics on Accidents at Work)- tietojen mukaan ja työsuhdekyselyn suomalaiset kokivat olevansa hyvin informoituja työterveys- ja työturvallisuusasioista. Suomalaiset raportoivat kuitenkin EU-työntekijäkollegoitaan enemmän työväkivallasta ja työpaikkakiusaamisesta sekä nopeatahtisesta työskentelystä. (Martimo ym. 2010.)

5 VÄKIVALTATILANTEISIIN LIITTYVÄ LAINSÄÄDÄNTÖ

Suomen lainsäädäntö ohjaa sairaanhoitajien työskentelyä eri toimipaikoissa. Myös väkivaltatilanteisiin on oma lainsäädäntönsä. Sairaanhoitajien olisi hyvä tuntee myös väkivaltatilanteiden lainsäädäntö. Laissa säädellään erilaisia kieltoja, ja käskyjä, mutta myös velvoitteita ja lupia, joilla ohjataan sairaanhoitajien toimintoja. Eettisille normeille puolestaan tyypillistä, että ne eivät anna yksiselitteistä ja lopullista vastausta erilaisiin kysymyksiin. Se antaa kuitenkin hyvän perustan sairaanhoitajalle tarkastella asioita eri näkökulmista ja tarvittaessa ohjaa löytämään tilanteeseen hyväksyttävän ja toimivan ratkaisun. Eettisillä ohjeilla ja lainsäädännöllä on yhtäläisyyksiä. Lainsäädännöllä määritetään toimintatavoille rajat, joita valvotaan Eettiset ohjeet menevät lakia syvemmälle, ja voivat jopa sulkea pois lain sallimia mutta eettisesti kyseenalaisia toimintatapoja. (Martimo ym. 2010.)

5.1 Työturvallisuuslaki

1 § lain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua tapaturmia, ammattitautia ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden, jäljempänä terveys, haittoja (Finlex. Työturvallisuuslaki. 2002, nro 738).

8 § Työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Tässä tarkoituksessa työnantajan on otettava huomioon työhön, työolosuhteisiin ja muuhun työympäristöön samoin kuin työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät seikat. (Finlex. Työturvallisuuslaki. 2002, nro 738)

10 § Työnantajan on työn ja toiminnan luonne huomioon ottaen riittävän järjestelmällisesti selvitettävä ja tunnistettava työstä, työtilasta, muusta työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat haitta- ja vaaratekijät sekä, milloin niitä ei voida poistaa, arvioitava niiden merkitys työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle (Finlex. Työturvallisuuslaki. 2002, nro 738).

5.2 Rikoslaki

3 luku 4 § (13.6.2003/515) Hätävarjelu

Aloitetun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi tarpeellinen puolustusteko on hätävarjeluna sallittu, jollei teko ilmeisesti ylitä sitä, mitä on pidettävä kokonaisuutena arvioiden puolustettavana, kun otetaan huomioon hyökkäyksen laatu ja voimakkuus, puolustautujan ja hyökkääjän henkilö sekä muut olosuhteet (Finlex. Rikoslaki. 2003, nro 515).

3 luku 6 § (13.6.2003/515) Voimakeinojen käyttö

Voimakeinoja käytettäessä saa turvautua vain sellaisiin tehtävän suorittamiseksi tarpeellisiin toimenpiteisiin, joita on pidettävä kokonaisuutena arvioiden puolustettavina, kun otetaan huomioon tehtävän tärkeys ja kiireellisyys, vastarinnan vaarallisuus sekä tilanne muutenkin (Finlex. Rikoslaki. 2003, nro 515).

21 luku 5 § (21.4.1995/578) Pahoinpitely

Joka tekee toiselle ruumiillista väkivaltaa taikka tällaista väkivaltaa tekemättä vahingoittaa toisen terveyttä, aiheuttaa toiselle kipua tai saattaa toisen tiedottomaan tai muuhun vastaavaan tilaan, on tuomittava pahoinpitelystä sakkoon tai vankeuteen enintään kahdeksi vuodeksi. Yritys on rangaistava. (Finlex. Rikoslaki. 1995, nro 578)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia, kuinka paljon sairaanhoitajat kohtaavat väkivaltaa Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla, minkälaista heidän kohtaamansa väkivalta on ja miten työyhteisö reagoi väkivaltatilanteisiin.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien turvallisuuden tunnetta ja työviihtyvyyttä. Tutkimusta voisi hyödyntää niin, että vuodeosastojen käytännöt yhtenäistyisivät ja että jokaisesta väkivaltatilanteesta tehtäisiin kirjallinen raportti. Yhtenäisiä ohjeita ei aina noudateta, vaikka ne ovatkin olemassa.

Opinnäytetyömme tutkimusongelmina ovat:

1. Kuinka paljon sairaanhoitajat kohtaavat väkivaltaa vuodeosaston hoitotyössä?
2. Minkälaista on sairaanhoitajien kohtaama väkivalta vuodeosastoilla?
3. Miten työyhteisöt reagoivat vuodeosastoilla kohtaamaansa väkivaltaan?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvaisuuksia. Se edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Perusidea on, että aineisto on määrällisessä muodossa ja sitä voidaan käsitellä tilastollisin menetelmin. (Heikkilä, T. 2004.) Opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti havaintoyksiköiden muodostamaa perusjoukkoa. Heikkilän (2004,123) mukaan havintomatriisi on taulukko, jossa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia, eli yhdellä rivillä on yhden tutkittavan tiedot ja yhdessä sarakkeessa kaikkia vastaajia koskeva tieto eli yhden kysymyksen vastaus.

Toisena syynä tutkimusmenetelmän valintaan on se, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa edetään selvästi vaiheittain; kerätään aineisto, muokataan se tilastollisen käsittelyn edellyttämään muotoon ja käsitellään sitä tilastollisin menetelmin. Kyselylomakkeista saadaan todellista tietoa vuodeosastoilla esiintyvistä väkivallasta ja siitä, millaista esiintyvä väkivalta on ja miten väkivaltatilanteisiin reagoidaan.

Tämä tutkimus on soveltavaa tutkimusta. Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (2006) mukaan soveltavan tutkimuksen tavoitteena on tutkia ja tuottaa käytännöllistä ja käyttökelpoista tietoa hoitamisesta. Tuotettu tieto pohjustaa käytännön hoitotyötä.

Tässä tutkimuksessa valittiin kyselylomake haastattelun sijaan, jotta vastaajat saivat rauhassa vastata kysymyksiin heille sopivaan aikaan. Haastattelussa olisi tullut varata henkilökohtainen aika vastaajien kanssa, mikä olisi ollut todella vaikea sopia kiireisen työn lomassa. Kyselyn ajankohta kesälomakauden aikaan puolsi myös kyselylomakkeen käyttöä haastattelun sijaan. Kyselylomake sisälsi neljä sivua ja 19 kysymystä eri vaihtoehtoineen. Kyselylomakkeen tekoon käytettiin apuna Rasimuksen väitöskirjan ”Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla” olevaa kyselylomaketta.

Tiedot kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeella, eli tutkittavalle annettiin valmiit vastausvaihtoehdot, joista hän valitsi sopivimman. Strukturoidut kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään jo etukäteen ja vaihtoehtoja on rajoitetusti. Strukturoitujen kysymysten tarkoitus on vastausten käsittelyn helppous sekä myös tiettyjen virheiden torjunta. Esimerkiksi kaikki vastaajat eivät ole kielellisesti hyviä kertomaan mielipiteitään tai he eivät halua antaa kritiikkiä suoraan. Vaihtoehtojen tarjoaminen vastaajalle antaa hänelle mahdollisuuden vastata helpommin moittiviin tai arvosteleviin kysymyksiin eikä vastaaminen esty kielivaikeuksien takia. Strukturoituihin kysymyksiin on helppo ja nopea vastata, ja tulosten käsitteleminen on yksinkertaisempaa. (Heikkilä 2004, 50–51.)

Kyselylomakkeella oli hyvä olla myös muutama avoin, tarkentava kysymys, johon vastaajat saivat vastata kirjoittamalla. Avointen kysymysten vastaukset voivat joskus tuoda hyviä parannusvaihtoehtoja ja niistä voi hyvinkin saada persoonallisia, jopa hauskoja kommentteja tutkimuksesta. Osa kysymyksistä oli sekamuotoisia kysymyksiä, joissa yhtenä vastausvaihtoehtona oli ”Muuta, mitä”. Kysymys on hyvä lisätä, jos on epävarmaa, kattavatko kysymykset kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2004, 49.)

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kohderyhmänä olivat Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastojen A2, A3, A5, A6, A7, A8, A9 ja F1 sairaanhoitajat ja sairaanhoitajien sijaisina työskentelevät henkilöt. Osastoista neljä on sisätautien vuodeosastoja ja neljä kirurgisia vuodeosastoja. Tutkimus suunnattiin kaikille vuodeosastoille, koska haluttiin varmistaa tutkimusaineiston riittävä määrä.

Koska aineisto kerättiin kesälomakuukauden aikaan, puolsi se kyselylomakkeiden suurta määrää. Myös sairaanhoitajien sijaiset voivat osallistua tutkimukseen.

Psykiatriset osastot eivät ole tutkimuksessa mukana, koska vastaavanlainen tutkimus on tehty psykiatrisilla osastoilla Etelä-Karjalan keskussairaалassa vuonna 2001. Lasten- ja nuorten osastot on myös rajattu pois, koska halusimme tutkia aikuispotilaiden kanssa työskentelevien sairaanhoitajien ja heidän sijaisinaan toimivien henkilöiden kokemaa väkivaltaa.

7.3 Tutkimusaineiston keruu ja toteutus

Kyselylomakkeet esiteltiin kolmella sairaanhoitajalla. Esitelluksen tarkoituksena oli selvittää, ovatko kysymykset loogisia ja asiaan kuuluvia, onko kysymyksiin helppo vastata ja ymmärretäänkö kysymykset oikein ja kuinka kauan kysymyksiin vastaaminen vie aikaa. Esiteltäjiltä ei tullut muutosehdotuksia kysymyksiin. Virallinen tutkimuslupa myönnettiin tutkijoille 23.6.2010, luvan myöntäjänä koulutuspäällikkö Taru Juvakka. (liite 3)

Tieto kerättiin kyselylomakkeella (liite 1), johon vuodeosastojen sairaanhoitajat ja sairaanhoitajien sijaiset saivat vastata. Kyselylomakkeet palautuslaatikkoihin vietiin valittujen osastojen kahvihuoneeseen näkyvälle paikalle. Kyselylomakkeen palautus tapahtui suljettuun laatikkoon palauttamalla. Tutkimukseen tarvittavat resurssit olivat pienet; kyselylomakkeen monistus ja palautelaatikon osto ja teko osastoille. Kyselyn mahdollisia riskejä olivat pieni vastausprosentti kyselyyn johtuen kyselyn ajankohdasta sekä hoitajien mahdollinen arkuus vastata oman työpaikkansa väkivaltatilanteeseen, ja niihin reagoitiin avoimesti ja rehellisesti.

Kyselylomakkeisiin liitettiin saatekirje (liite 2), johon oli kirjoitettu opinnäytetyön aihe ja kyselylomakkeeseen vastaamisohjeet sekä palautusaika. Saatekirjeessä olivat tutkijoiden yhteystiedot, joten vastaajat olisivat voineet ottaa yhteyttä tutkijoihin halutessaan kysyä tutkimukseen liittyviä asioita. Osastojen osastonhoitajia oli käyty tapaamassa henkilökohtaisesti ja heille oli kerrottu tutkimuksesta sekä hyvän tavan mukaan heiltä kysyttiin lupa kyselyyn. Jokaiselta osastonhoitajalta saatiin lupa, ja osastonhoitajat kertoivat tutkimuksesta henkilökunnalleen osaston osastokokouksissa.

Kyselylomakkeet olivat osastoilla heinäkuun 2010 ajan. Yhden osaston kyselyaikataulua täytyi muuttaa, koska osasto oli kiinni ja koska se oli muuttanut väliaikaisesti toisen osaston yhteyteen osaston remontin ajaksi. Kaksi osastoa taas oli yhdistetty ja nämäkin osastot olivat muuttaneet omien osastojensa korjausten ajaksi. Näille osastoille kuitenkin voitiin kysely toteuttaa suunnitellussa aikataulussa. Osastoilla oli todella kiire kesän 2010 aikana, ja vaarana olikin, että kiire, osastojen yhdistämiset, sulut ja muutot vaikeuttaisivat kyselyn toteuttamista ja pienentäisivät vastausprosenttia. Osastoille toimitettiin 150 kyselylomaketta, joista vastattuja on 86 ja vastaamattomia 52. Kyselylomakkeista 12 ei palautunut takaisin vastattuna tai vastaamattomana.

7.4 Tutkimusaineiston analysointi

Muodostettaessa teoriaa määrällisesti tiedot kerätään strukturoidulla menetelmällä, eli tutkittavalle annetaan valmiit vastausvaihtoehdot, joista hän valitsee sopivimman (Lauri & Kyngäs. 2005). Kyselytutkimuksella kerätään tietoja perusjoukosta. Kyselytutkimus sisältyy laajaan empiirisen tutkimuksen käsitteeseen. Empiirinen tutkimus tarkoittaa kokemusperäistä tutkimusta. Tilastollisessa tutkimuksessa käytetään joko induktiivista tai deduktiivista ajattelutapaa. Tässä tutkimuksessamme käytämme deduktiivista tapaa. Deduktiivinen ajattelutapa tarkoittaa sitä, että ilmiössä esiintyviä piirteitä tarkastellaan teorian pohjalta, ja tutkimus etenee niin, että tutkimuksen taustalla olevaa käsitystä testataan empiirisesti. (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 12.)

Tässä tutkimuksessa käytetään aineiston analysointiin kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Strukturoituja kysymyksiä analysoidaan määrällisin menetelmin, jolloin mitataan muuttujia. (Hirvelä & Hööpakka 2006.) Tutkimuksen analysoinnissa apuna käytettiin Windowsin SPSS 17.0 -tilasto-ohjelmaa. Ohjelmassa kyselylomakkeen tiedot syötettiin tietokoneelle havaintomatriisin muotoon tilasto-ohjelman datalomakkeelle. Apuna käytettiin myös Windowsin Excel-ohjelmaa.

8 TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT

Sanalla etiikka on monia erilaisia merkityksiä, jotka ovat sidoksissa eettisiin tapoihin, ihmisen käyttäytymiseen ja hänen toimintaansa ohjaaviin periaatteisiin. Etiikka on yleisesti sitä, mitä pitäisi olla. Etiikka on käyttäytymisen malli, jota kaikilta ryhmän jäseniltä odotetaan. Sairaanhoidajien edellytetään noudattavan tiettyjä ammattiin kuuluvia eettisiä käyttäytymistapoja ja vaatimuksia. (Fry 1994.)

Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat ensiarvoisen tärkeitä niillä aloilla, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä. Perusteluna tähän on se, että tutkimuksen eettiset ongelmat ovat erilaisia, kun tutkitaan ihmistä tietoisena ja toimivana kohteena eikä yksinomaan biologisena olentona. Käytännön tutkimustilanteet tuovat esille monia eettisiä ongelmatilanteita, siksi ei ole helppo sanoa mitään yksiselitteistä sääntöä, joka tarjoaisi ratkaisuja eri tutkimustilanteisiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen. 2006.)

Jokaisella on oikeus elämään, koskemattomuuteen, turvallisuuteen ja henkilökohtaiseen vapauteen. Ketään ei saa kiduttaa tai kohdella muutoin ihmisarvoa loukkaavasti. Vapautta ei saa riistää ilman laissa säädettyä perustetta. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ihmisarvoa kunnioittavaan ja elämänlaatua ylläpitävään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Ihmis- ja perusoikeudet kuuluvat kaikille. (Suomen perustuslaki 1999/731.)

Laissa säädellään erilaisia kieltoja, ja käskyjä, mutta myös velvoitteita ja lupia, joilla ohjataan sairaanhoidajien toimintoja. Eettisille normeille puolestaan tyypillistä, että ne eivät anna yksiselitteistä ja lopullista vastausta erilaisiin kysymyksiin. Se antaa kuitenkin hyvän perustan sairaanhoidajalle tarkastella asioita eri näkökulmista, ja tarvittaessa se ohjaa löytämään tilanteeseen hyväksyttävän ja toimivan ratkaisun. Eettisillä ohjeilla ja lainsäädännöllä on yhtäläisyyksiä. Lainsäädännöllä määritetään toimintatavoille rajat, joita valvotaan. Eettiset ohjeet menevät lakia syvemmälle, ja ne voivat jopa sulkea pois lain sallimia, mutta eettisesti kyseenalaisia toimintatapoja. (Martimo ym. 2010.)

Tutkijan eettisenä velvoitteena on tutkimustulosten raportointi. Eettisen raportoinnin on oltava rehellistä, avointa sekä tarkkaa tutkimuksen kaikkien vaiheiden osalta. Tutkijoiden on varmistettava, ettei ketään vastaajaa voida tunnistaa hänen avoimista vastauksistaan. Jos vastaajien määrä on pieni, on tunnistamisen vaara olemassa. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola. 2002.)

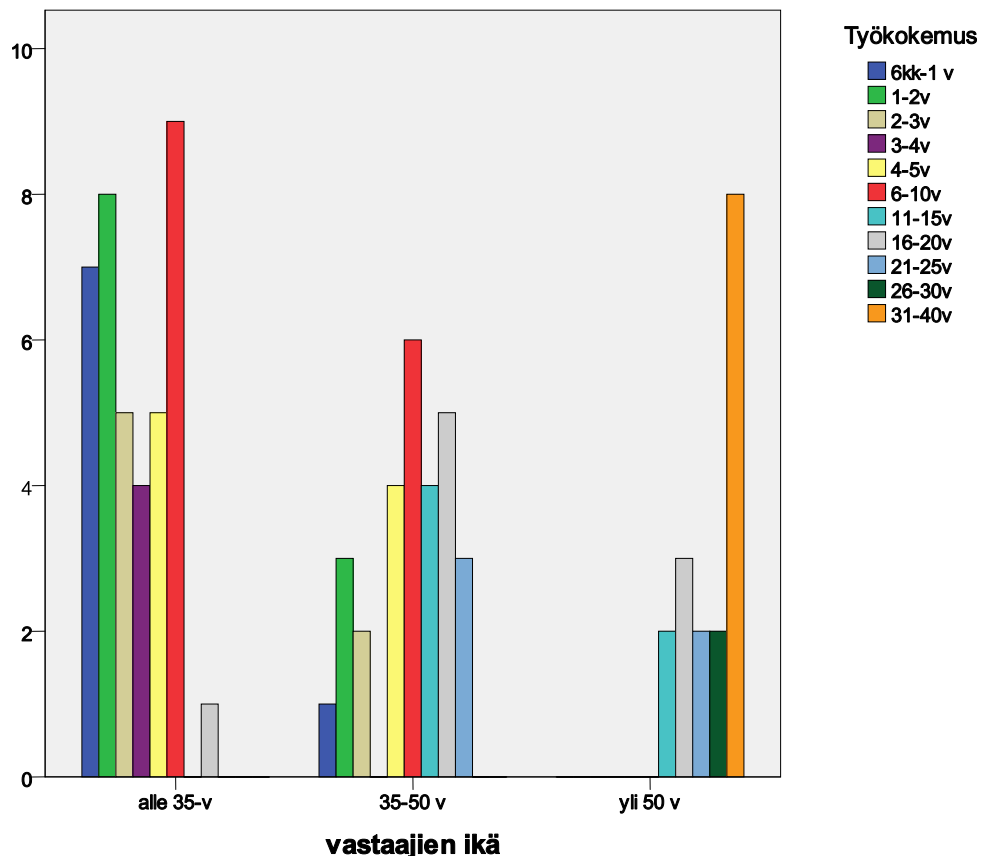
Tutkimuslupa tutkimustyöhön anottiin Etelä-Karjalan keskussairaaltalta ohjeiden mukaisesti. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömästi, ja kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaajien henkilötietoja emme kysyneet missään vaiheessa. Täytetyt kyselylomakkeet tullaan hävittämään asianmukaisesti analyysin jälkeen, ja tutkimustuloksista tullaan raportoimaan tutkimukseen osallistuneille osastoille. Osastoja ei eritelty kyselylomakkeessa millään lailla.

9 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui 86 sairaanhoitajaa tai sairaanhoitajan sijaista ja vastausprosentiksi muodostui 57,3 %. Vastaajista naisia oli 95,3 % ja miehiä vastaajista oli 3,5 %. Vastaajien ikäjakauma oli seuraava: alle 35- vuotiaita oli 45,3 %, 35–50-vuotiaita 33,7 % ja yli 50-vuotiaita oli 20,9 %.

Alla olevassa kuviossa 1 on esitetty vastaajien työkokemus verrattuna vastaajien ikään. Yli 50-vuotiailla oli eniten työkokemusta, ja mitä nuorempi vastaaja oli, sitä suurempaa oli hajonta työkokemuksessa. Alle 35-vuotiaiden työkokemus oli 6 kuukaudesta 16–20 vuoteen, 35–50-vuotiaiden työkokemus oli 6 kuukaudesta 21–25 vuoteen ja yli 50-vuotiaiden työkokemus oli 11–15 vuodesta 31–40 vuoteen.

Kuvio 1 Vastaajien työkokemusta verrattuna vastaajien ikään



9.1 Väkivallan esiintyvyys vuodeosastoilla

Vastaajista väkivaltaa olivat kohdanneet 1 - 3 kertaa viikossa 7 %, 1 - 3 kertaa kuukaudessa 50 %, 1 - 2 kertaa vuodessa 31,4 % ja ei joka vuosi 8,1 %:a vastaajista. Kysymykseen vastaamatta jätti 3,5 %. Väkivaltaisen henkilön kohtaamista ilmoitti pelkäävänsä 7 % vastaajista, joskus pelkoa tunsu 83,7 % ja ei koskaan tuntenut pelkoa 9,3 %.

Vastaajien mukaan väkivaltaisesti käyttäytyvä henkilö oli potilas (97,7 %), omainen (27,9 %), saattaja (2,3 %) tai joku muu (3,5 %). Väkivaltatilanteiden syntymiseen ja etenemiseen vaikuttivat monet eri tekijät. Vastaajien omien kokemusten mukaan väkivalta- ja uhkatilanteita syntyi erityisesti hoidettaessa päihteiden vaikutusten alaisia henkilöitä. Sairaanhoidajat tai heidän sijaisensa, joilla oli pidempi työkokemus, kokivat mielestään vähemmän väkivalta- tai uhkatilanteita kuin henkilöt, joilla oli vähemmän työkokemusta. Kaikissa ikäryhmissä oli väkivaltakokemuksia lähes yhtä paljon.

9.2 Fyysisen väkivallan esiintyvyys vuodeosastoilla

Fyysistä väkivaltaa tiedusteltiin kysymyksellä ”millaista fyysinen väkivalta on ollut ja kuinka usein sitä on tapahtunut)” Vastausvaihtoehtoina olivat valmiit fyysisen väkivallan muodot ja niiden tapahtumisfrekvenssi 1 x viikko, 1 x kuukausi, 1 x vuosi sekä ei koskaan.

Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajista tai heidän sijaisistaan oli kokenut kerran viikossa 2,3 % lyömistä ja raapimista, 16,3 % kiinni tarttumista, 3,5 % potkimista ja esineellä huitomista kerran viikossa.

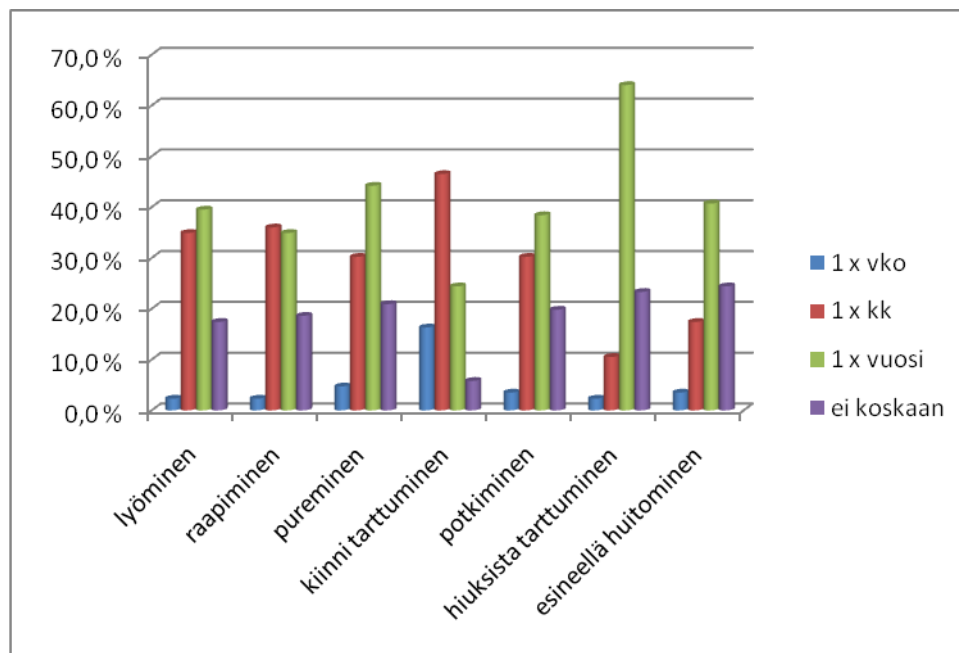
Kerran kuukaudessa vastaajista koki 2,3 % hiuksista tarttumista, 17,4 % esineellä huitomista, 30,2 % potkimista, 46,5 % kiinni tarttumista, 4,7 % puremista, 36 % raapimista ja 34,9 % lyömistä kerran kuukaudessa.

Vastaajista 39,5 % kokivat lyömistä, 34,9 % raapimista, 30,2 % puremista, 24,4 % kiinni tarttumista, 38,4 % potkimista, 10,5 % hiuksista tarttumista ja 40,7 % esineellä huitomista kerran vuodessa. Oli myös vastaajia, jotka eivät olleet koskaan kohdanneet annettujen vaihtoehtojen mukaista fyysistä väkivaltaa. Vastaajista 17,4 % ei kokenut lyömistä, 18,6 % raapimista, 44,2 % puremista, 5,8 % kiinni tarttumista, 19,8 % potkimista, 64 % hiuksista tarttumista ja 24,4 % esineellä huitomista.

Osa jätti vastaamatta kysymykseen. Kyselyssä olisi toivottu, että vastaajat olisivat vastanneet, onko heille kyseistä fyysistä väkivaltaa tapahtunut ja kuinka usein, vai eikö ole tapahtunut ollenkaan. Siksi vastausvaihtoehtona oli myös ”ei koskaan”. Osa vastaajista oli ilmeisesti vain ympäröinyt heille tapahtuneen väkivallan ja jättänyt muut kohdat tyhjiksi.

Alla olevassa kuviossa 2 on esitetty fyysisen väkivallan esiintymistä vuodeosastoilla.

Kuvio 2 Fyysisen väkivallan esiintyminen vuodeosastoilla



Viimeinen vaihtoehto oli ”Muuta, mitä?”, koska jos vastaaja ei löytänyt valmiista vaihtoehtoista itselleen sopivaa, oli hänellä mahdollisuus tässä vaihtoehdossa vastata hänelle sopivalla tavalla. Vastaajaa pyydettiin kirjoittamaan sanallisesti, minkälaista fyysistä väkivaltaa hän oli kohdannut. Seuraavia vastauksia saatiin:

Nipistelyä
Esineellä heitto
Käsiin tarttuminen/huitominen
Sylkeminen
Aerosolipullolla lyönti päähän
Purtu

9.3 Fyysisen väkivallan seurauksia

Fyysisen väkivallan seurauksena ruhjeita tai mustelmia vastaajista sai 62,8 %, naarmuja ja haavoja 50 %, luun murtumia ei ilmoittanut saaneensa kukaan vastaajista, unettomuutta oli 2,3 % vastaajilla, ahdistusta 15,1 %:lla, pelkoa 20,9 %:lla. Vaihtoehtona oli myös ”muuta, mitä?”.Tähän vaihtoehtoon vastasi 17,4 %. Vastaajat vastasivat tähän sanallisesti seuraavasti:

Epävarmuutta työskennellä kyseisen potilaan kanssa.

Ei välttämättä jää jälkeä, mutta kohta on kipeä. Esimerkiksi joku puristanut kädestä

Vihaa

Silmälasit rikkoutui

Turhautumista

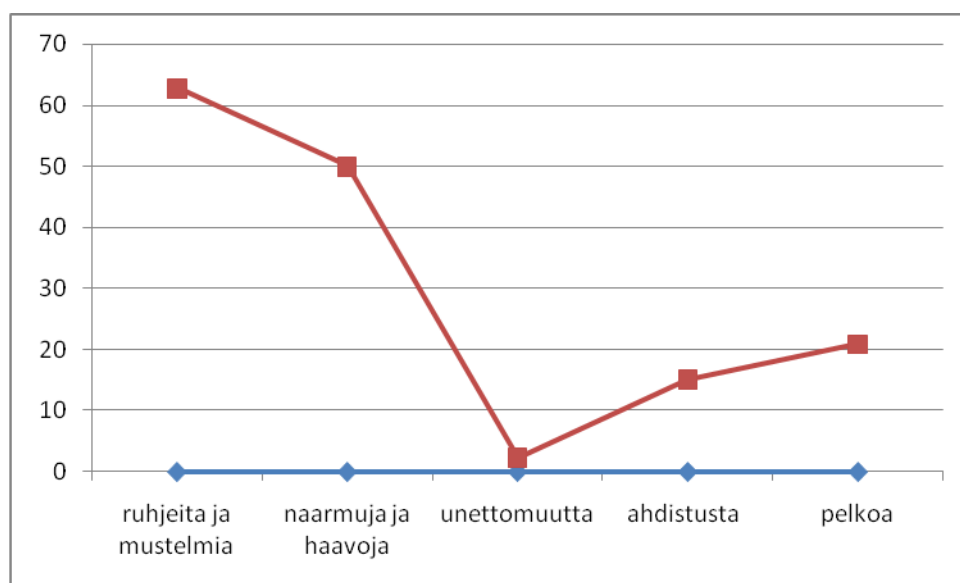
Käsi kipeytynyt ranteesta

Suuttumusta ja väsymistä

Turvattomuutta omasta ja toisten potilaiden puolesta

Fyysisestä väkivallasta johtuvat näkyvät vammat ovat tavallisia hoitotyössä. Yleisimmin kiinni tarttumisen seurauksena syntyy mustelmia tai ruhjeita. Vaikka väkivaltatilanteesta ei tulisi näkyviä vammoja, se uhkaa kuitenkin hoitajan työturvallisuutta. Myös fyysisen väkivallan uhka voi olla yhtä vahingoittavaa seurauksiltaan kuin fyysinen hyökkäys.

Kuvio 3 Fyysisen väkivallan seurauksia



9.4 Henkisen väkivallan esiintyvyys vuodeosastoilla

Henkistä väkivaltaa tiedusteltiin kysymyksellä, minkälaista se on ollut ja kuinka usein sitä on tapahtunut. Vastausvaihtoehtoina olivat valmiit henkisen väkivallan muodot ja tapahtuivatko ne 1 x viikko, 1 x kuukausi, 1 x vuosi vai ei koskaan.

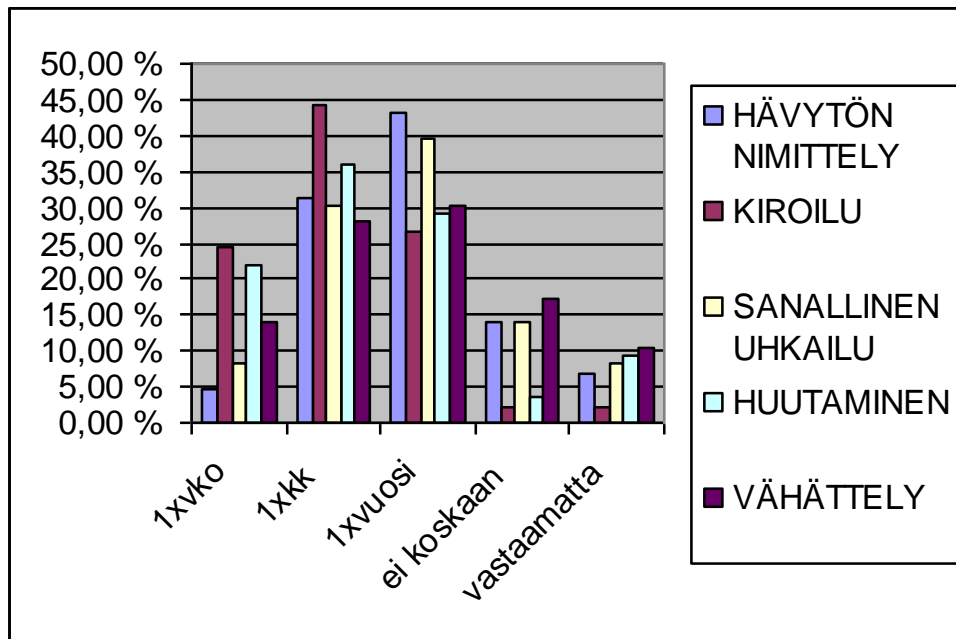
Tutkimuksen mukaan hävytöntä nimittelyä kerran viikossa koki vastaajista 47 %, kiroilua 24,4 %, sanallista uhkailua 8,1 %, huutamista 22,1 % ja vähättelyä 14 %. Kerran kuukaudessa vastaajistamme koki hävytöntä nimittelyä 31,4 %, kiroilua 44,2 %, sanallista uhkailua 30,2 %, huutamista 36 % ja vähättelyä 27,9 %.

Kerran vuodessa vastaajistamme koki hävytöntä nimittelyä 43 %, kiroilua 26,7 %, sanallista uhkailua 39,5 %, huutamista 29,1 % ja vähättelyä 30,2 %. Osa vastaajistamme ei ollut kokenut ollenkaan henkistä väkivaltaa, hävytöntä nimittelyä ja sanallista uhkailua ei ollut kokenut vastaajistamme 14 %, kiroilua 2,3 %, huutamista 3,5 % ja vähättelyä 17,4 %.

Vastaamatta jättäneitä oli myös tässä kohdassa. Tarkoitus oli, että vastaajat olisivat vastanneet, onko heille kyseistä henkistä väkivaltaa tapahtunut ja kuinka usein, vai eikö ole tapahtunut ollenkaan. Siksi vastausvaihtoehtona oli myös ”ei koskaan”. Osa vastaajista oli ilmeisesti vain ympäröinyt heille tapahtuneen väkivallan ja jättänyt muut kohdat tyhjiksi. Muuta, mitä? - vaihtoehtoon vastaajat vastasivat tähän kohtaan kirjallisesti, mitä henkistä väkivaltaa he ovat kohdanneet. Vastauksia oli esimerkiksi:

*Aggressiivinen käytös
Seksuaalinen ahdistelu
Mitätöimistä, ei enää tervehditä yms*

Kuvio 4 Henkisen väkivallan muodot ja esiintyvyys



9.5 Seurauksia henkisestä väkivallasta

Tutkimustulosten mukaan seurauksena henkisestä väkivallasta ahdistusta koki 31,4 %, vastaajista pelkoa 17,4 %, unettomuutta 3,5 %, nöyryytystä 31,4 %, itsesyytöksiä 8,1 %, vihaa 40,7 % ja lamaantumista 8,1 %. Tuloksista on pääteltävissä, että iso osa vastaajista kokee työssään asiakkaita kohtaan vihaa ja ahdistusta työssään, mikä varmasti vaikuttaa sairaanhoitajien työmotivaatioon ja työtehoon. ”Muuta, mitä?” -vaihtoehtoon vastaajat vastasivat kirjallisesti muun muassa seuraavasti:

Ärsyyntymistä

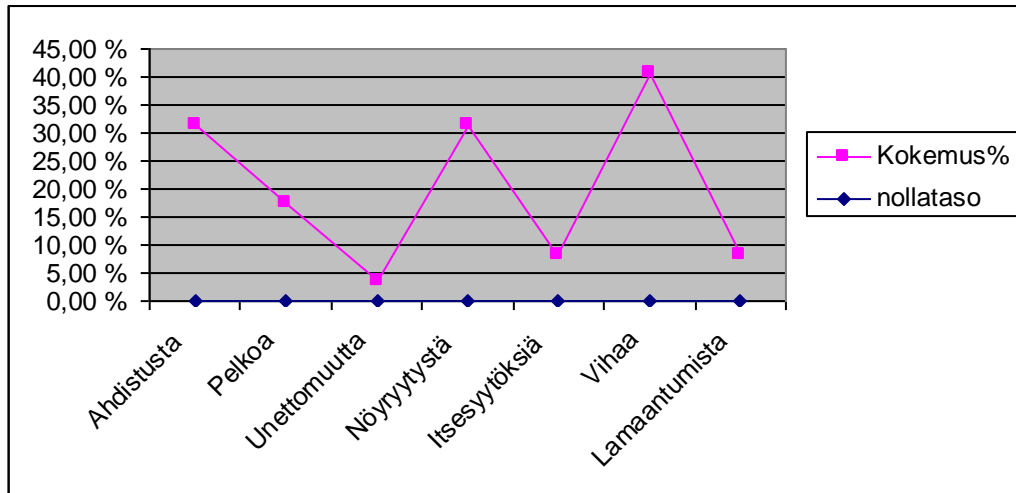
Työmotivaation lasku

Vitutus

Turhautuminen, miksi meidän pitää työssämme kestää kaikkea?

Itsensä rauhoittelua, ettei sanoisi pahasti → menisi pot. mukaan epäasialliseen käytökseen.

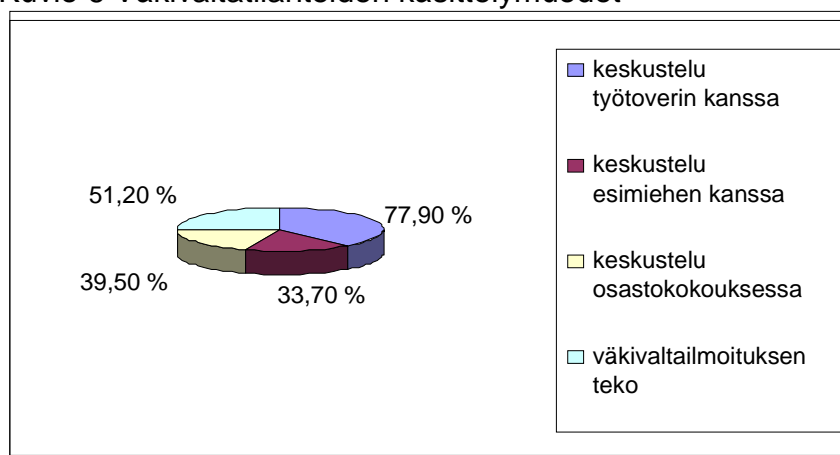
Kuvio 5 Henkisen väkivallan seurauksia vastaajille



10 VÄKIVALTATILANTEISIIN REAGINTI VUODEOSASTOILLA

Tutkimukseen osallistujista 86,0 % oli tietoinen siitä, kuinka väkivaltatilanteiden jälkeen osastoilla toimitaan. Väkivaltatilanteet käsiteltiin jälkeenpäin 88,4 % tapauksissa. Väkivaltatilanteet käsiteltiin jälkeenpäin työtoverin kanssa 77,9 % tapauksista, esimiehen kanssa 33,7 %, osastokokouksessa 39,5 % ja väkivaltailmoitus tehtiin 51,2 % tapauksissa. Joka kerta osastoilla väkivaltatilanteet kirjattiin 24,4 % tapauksista, säännöllisesti 37,2 %, harvoin 34,9 % ja ei lainkaan 1,2 %. Vastaamatta kysymykseen jätti 2,3 %.

Kuvio 6 Väkivaltatilanteiden käsittelymuodot



Tutkimuksessa kysyttiin vastaajilta myös sitä, kuinka he olisivat halunneet uhka- ja väkivaltatilanteita käsiteltävän, jos heidän mielestään tilanteisiin ei ole reagoitu asianmukaisesti. Vastauksia saatiin seuraavanlaisesti:

Lisää henkilökuntaa, vartija jne.

Ilmoitus joka kerta, kun tällaista tapahtuu ja potilaan papereihin ylös. Henkistä tukea enemmän, vaikka osaston ulkopuoliselta henkilöltä. Kaikilla oikeus turvalliseen työympäristöön.

Nyt on järjestetty talon ulkopuolelle koulutusta, mutta osastolta ei ole henkilökunta päässyt niihin osallistumaan.

Vastauksista nousee esille, että väkivaltatilanteesta tulisi keskustella jälkikäteen. Sairaanhoitajalle tai hänen sijaiselleen voi jäädä syyllisyyden tunteita toimiko oikein tai olisiko voinut toimia toisella tavalla tilanteessa. Tämä käy esiin alla olevista vastauksista.

Mielestäni tapahtuneesta voisi pitää jonkinlaisen ryhmäkeskustelun.”

”Keskustelu osastokokouksessa.

Asiaan pitäisi suhtautua vakavammin. Nimittely on arkipäivää ja sitä vähätellään työyhteisössä. Haluaisin, että EDES JOSKUS esimies esittäisi pahoittelunsa tapahtuneesta.

Väkivalta- ja uhkatilanteiden tilastointi on työkalu oman työn kehittämiseen. Se kertoo osaston hoitostrategiasta ja sitä voidaan käyttää mittarina väkivaltatilanteiden seurannassa. Seuraavia ehdotuksia vastaajat esittivät tilastointiin:

Seuranta, onko myöhempiä vaikutuksia.

Potilaiden väkivallasta tulisi ilmoittaa myös omaisille.

Vastaajista 40,7 % kertoi Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla järjestettävän uhka- ja väkivaltatilannekoulutusta, ja vastaajista lisätietoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta toivoo 43 %, väkivaltaisen henkilön rauhoittamisesta 52,3 %, itsepuolustuksesta 46,5 % ja väkivallan ennaltaehkäisystä 39,5 %. Seuraavista seikoista vastaajat halusivat lisätietoa:

Sh:n toimintaoikeudet

Oikea lääkitys

Avun saanti itse tilanteessa; ketä voi soittaa apuun, puhelinnumerot.

11 VALMIUDET KOHDATA UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEET

Tutkimuksessa haluttiin selvittää vastaajilta myös sitä, kuinka he kokevat omat valmiutensa kohdata uhka- ja väkivaltatilanteet. Vastaajat saivat vapaamuotoisesti kirjoittaa kokemuksistaan. Väkivallan tai sen uhkan kohteeksi joutuneet selvittivät tilanteet keskustelemalla rauhoittavasti tai vetäytymällä tilanteesta ammatillisesti. Omalla käytöksellä on ratkaiseva vaikutus.

Koen omat valmiuteni ko. tilanteissa melko hyviksi. Rauhallinen ja asiallinen käytös (ei saa provosoitua) laukaisee/pelastaa monen uhkaavan tilanteen.

Toistaiseksi puhumalla selvinnyt.

Hyvät. Pyrin rauhoittamaan potilaan rauhallisella käytöksellä ja en provosoidu potilaan puheista tai käytöksestä. Päihdeongelmaisia pelkään arvaamattoman käytöksen vuoksi. Minua on lyöty kyseisten henkilöiden toimesta.

Kun tällainen tilanne sattuu pyrin toimimaan kuten parhaaksi näen ja tarv. kysyn vielä kollegalta neuvoa. Ei pidä sortua pot. edessä vaan olla oma itsevarma itsensä.

län ja kokemuksen kasvaessa valmiudet lisääntyvät.

Aika heikkoina, riippuen tilanteesta ja uhkan ja väkivaltatilanteen aiheuttajan persoonasta ja ymmärrystasosta.

Osa vastaajista koki, että väkivaltatilanne ei ollut niin vakava tapaus, että tarvittaisiin jatkotoimenpiteitä. Mieltäkö sairaanhoitaja tai hänen sijaisensa jonkin tilanteen väkivaltatilanteeksi, riippuu myös hänen työkokemuksestaan. Pitkä työkokemus antaa varmuutta väkivaltatilanteessa toimimiseen.

Väkivaltatilanne on myös vuorovaikutustilanne, jossa on huomioitava lisäksi muiden potilaiden turvallisuus. Sairaanhoitajien ja heidän sijaistensa vastuulla on noudattaa annettuja toimintaohjeita. Vastauksista käy myös ilmi, että ammatillisessa koulutuksessa ja työhön perehdyttämisessä tulisi väkivaltaisen potilaan kohtaaminen ottaa esille ja lisäkoulutusta pidettiin tarpeellisena.

Koetan pysyä tilanteessa rauhallisena ja rauhoittaa potilasta. Jos potilas ei rauhoitu suojaan muut potilaat ja hälytän lisääpua.

Hyvä ja turvallinen työympäristö auttaa tilanteiden kohtaamisessa. Omista vuorovaikutustaidoista on apua.

Hyvät. Osastollani on selvät ohjeet joita myös toteutetaan.

Melko huonoina. En ole käynyt koulutuksissa ko. asiasta ja melko usein syyllistetään hoitajia väkivaltatilanteen kehittymisestä.

Kohtalaiset. Lisää tietoa ja taitoa kaipaisin.

Vastauksissa kerrottiin myös, että väkivaltatilanne voi tapahtua niin yllättäen, ettei siihen pysty varautumaan etukäteen koulutuksesta huolimatta. Etenkin henkiseen väkivaltaan voi olla vaikeampi varautua etukäteen.

Jos en osaa odottaa väkivaltatilannetta, lamaannun helposti erityisesti henkisen väkivallan uhrina. Fyysisen väkivallan kohtaaminen on helpompaa. Olen saanut koulutusta, mutta se ei anna tarpeeksi valmiuksia, väkivalta tulee yleensä meidän os:lla melko yllättäen, sekavia potilaita yms.

Viimeisenä kohtana kyselylomakkeessa oli vapaa sana meille tutkijoille. Haluttin antaa vastaajille tilaisuus kommentoida ja antaa palautetta tutkijoille kyselylomakkeesta ja tutkimuksesta kokonaisuudessaan. Tutkimuksesta saatiin lähinnä positiivista palautetta sekä tässäkin kohtaa ilmeni aiheen ajankohtaisuus ja kiinnostavuus vastaajien keskuudessa. Seuraavanlaisia kommentteja saatiin:

Hyvä aihe. Tuloksia olisi kiva kuulla. Kerroinkin jo aiemmin, että psyyk. uhkaa ei ota niin vakavasti kuin fyysistä, onkohan muilla näin?

Väkivaltaa ei saisi olla yhtään. Eikö voisi asiakasta/potilasta laittaa jotenkin vastuuseen asiasta?

Aihe on hyvä ja ajankohtainen. Osastollamme sattui mm. puoli vuotta sitten hoitajan pahoinpitely kun potilas löi tätä spraypullolla päähän aiheuttaen tikattavan haavan. Tämä pisti miettimään valitsemani alan turvallisuutta ja mielekkyyttä.

Asiaa jossain vähätellään. Sanotaan, että on oman käytöksen syy jos joutuu ko. tilanteeseen. Naista ei haluta uskoa.

Avoimista vastauksista nousi esiin kaksi selvästi toisistaan eriävää mielipidettä väkivallan hyväksymisestä osana työnkuvaa. Osa vastaajista hyväksyi väkivallan kuuluvan osaksi työnkuvaa ja piti sitä vähäpätöisenä suunsoittona kun osa taas koki, ettei sitä pidä missään tilanteessa hyväksyä. Itse tutkimusaiheesta ei saatu kriittistä palautetta, mutta kyselylomakkeesta sitä tuli. Esimerkkinä seuraavanlaisia kommentteja:

Kysymyksiin hankala vastata koska vastausvaihtoehdot kovin suppeat eivätkä anna mahdollisuutta vastata oikein. Koska vaihtoehdot suppeat, tutkimustulos ei ehkä ole luotettava.

Vaikea aikarajata tilanteita, joskus päivittäin henkisen väkivallan muotoja kokee, sitten monen kuukauden rauhallinen vaihe.

12 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

Tutkimus alkoi siitä hypoteesista, että väkivaltaa oletettiin esiintyvän Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla ja reagoinnin siihen oletettiin olevan kirjavaa. Haluttiin tutkia asiaa sairaanhoitajien näkökulmasta ja saada todellista tietoa aiheesta. Tutkimustulokset vahvistavat olettamuksen täysin.

Vastaajista 50 % koki väkivaltaa 1 - 3 kertaa kuukaudessa. Tässä kysymyksessä emme eritelleet väkivallan muotoa. Tilastokeskuksen vuonna 2007 tekemän työvoimatutkimuksen mukaan terveyden ja sairaanhoitotyössä 50 % koki työssään häirintää ja kiusaamista. Nyt saadut tutkimustulokset ovat samansuuntaisia.

Vastaajista 83,7 % tunsi pelkoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta joskus. Tämä pelko vaikuttaa varmasti vastaajien työmotivaatioon ja työsuoritukseenkin. Vastaajat toivoivat kommentissaan lisää henkilökuntaa osastoille, joissa on aggressiivinen potilas sekä vartijan läsnäoloa.

Fyysistä väkivaltaa esiintyi vuodeosastoilla runsaasti, esimerkiksi kiinni tarttumista koki vastaajista 16,3 % kerran viikossa ja kerran kuukaudessa 46,5 %. Sairaanhoitajaliiton nettisivun mukaan tyypillisimmin fyysinen väkivalta näkyy potilaan käsiksi käymisenä hoitajaansa tarttumalla mistä kiinni saa, huitoo, lyö ja potkii. Saamamme vastaukset ovat samanlaisia kuin Sairaanhoitajaliiton nettisivulla luetelleet fyysisen väkivallan muodot, koska kaikkia kyselylomakkeessamme olevia fyysisen väkivallan muotoja ilmeni vuodeosastoilla (Sairaanhoitajaliitto.) Fyysisestä väkivallasta oli myös seurauksia, esimerkiksi ruhjeita tai mustelmia sai vastaajista 62,8 % ja naarmuja tai haavoja 50 %. Tämän kyselyn vastausvaihtoehdoista ainoastaan luun murtumia ei ollut kukaan vastaajista saanut fyysisen väkivallan seurauksena.

Henkistä väkivaltaa koki valtaosa vastaajista. Hävytöntä nimittelyä koki vastaajista kerran viikossa 47 %, kiroilua 24,4 %, huutamista 22,1 % ja vähättelyä 14 %. Määrää voidaan pitää suurena. Henkisen väkivallan

seurauksena vihaa koki 40,7 % vastaajista väkivallan tekijää kohtaan. Määrä on suuri ja vaikuttaa varmasti sairaanhoitajan työmotivaatioon sekä työn hoitamiseen. Vastaajat kommentoivat henkisen väkivallan seurauksiin myös sen, että kokiessaan henkistä väkivaltaa työmotivaatio laskee ja turhautuu työhönsä. Saatiin seuraavanlainen kommentti asiaan liittyen kyselylomakkeen vapaassa sanassa:

Henkistä väkivaltaa henkilökunnan kesken, ”hyvä käytös sallittua”-opasta tulisi tuoda esille johdon toimesta.

Tutkimuksessa ei oltu kiinnostuneita henkilökunnan kesken tapahtuvasta väkivallasta vaan siinä haluttiin keskittyä ulkopuolisten henkilöiden aiheuttamiin uhka- ja väkivaltatilanteisiin.

Saadut vastaukset kuitenkin kertovat sen, että henkistä väkivaltaa esiintyy vuodeosastoilla runsaasti. Henkistä väkivaltaa ei yleensä kirjata erikseen, joten sen seuraaminen lienee vaikeaa. Henkisen väkivallan sivuuttaminen tuntuu helpommalta kuin fyysisen. Kun kysymyksissä eriteltiin henkisen väkivallan muodot, saatiin helpommin vastauksia näihin kysymyksiin.

Valtaosa vastaajista oli tietoisia, kuinka väkivaltatilanteiden jälkeen osastoilla toimitaan. Väkivaltatilanteet myös käsiteltiin jälkeinpäin suurimmassa osassa tapauksia. Suurin osa vastaajista purki uhka- ja väkivaltatilanteet vain työtoverien kanssa. Osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, ettei keskustelu työtoverin kanssa ole riittävää uhka- ja väkivaltatilanteeseen reagointia. Osa taas piti riittävänä osastonhoitajan kanssa keskustelua. Yllättävää oli, että vastaajista vain 33,7 % käsitteli uhka- ja väkivaltatilanteen osastonhoitajan kanssa. Osastokokouksessakin vain 39,5 % uhka- ja väkivaltatilanteista käsiteltiin. Vielä yllättävämpää oli tieto, että väkivaltailmoitus täytettiin vain reilussa puolessa väkivaltatilanteista. Joka kerta väkivaltatilanteet kirjattiin vain noin 25 % tapauksista ja säännöllisestikin vain reilussa 30 % tapauksista. Heräsi kysymys, että jos esimiehelle menee uhka- ja väkivaltatilanteista tieto vain kolmasosasta tapauksista, voiko esimies reagoida asiaan oikein ja tulevatko mahdolliset uhka- ja väkivaltatilanteet tilastoitua oikein? Ja jos

kirjaamista ei tehdä kuin pienessä osassa tapauksia, kuinka voi johtoporras reagoida väkivaltatilanteisiin osastoilla ja tuoda tarvittavaa apua ja tukea henkilökunnalle?

Jokaisen uhka- väkivaltatilanteen jälkeen tulisi keskustella siinä mukana olleiden kanssa ja selvittää sairaanhoitajien tai heidän sijaistensa halukkuus tai tarve jälkihoitoon. Väkivaltailmoituksen teko on ehdottomasti tärkeää, sillä saataisiin jokainen uhka- ja väkivaltatilanne rekisteröityä. Uhka- ja väkivaltatilanteiden seuranta ei onnistu, ellei kirjaamis- ja ilmoituskäytäntöä yhtenäistetä vuodeosastoilla. Väkivaltaa ei voida poistaa kokonaan, mutta sitä voidaan ennaltaehkäistä. Pitäisi selkeästi sopia millaiset väkivaltatilanteet raportoidaan ja millaiset väkivaltaan viittaavat sanalliset uhkailut tulisi kirjata.

Henkisen väkivallan kirjaamista tulisi myös kehittää, jos käytössä ei ole yhtenäistä ja tarkkaa käytäntöä siitä, mitkä tapaukset kirjataan ja mitä on henkinen väkivalta, koska tällöin ei voida saada tarkkoja tuloksia sairaanhoitajien tai heidän sijaistensa kokemasta henkisestä väkivallasta. Esimerkiksi atk-pohjainen valtakunnallinen käytäntö helpottaisi tilastointia ja sitä voitaisiin hyödyntää työturvallisuuden kehittämisessä.

Moni vastaajista kommentoi avoimien kysymyksien vastauksissa eri sairauksien merkitystä väkivaltaiseen käytökseen. Osa vastaajista puolusti väkivaltaisen henkilön aggressiivista käyttäytymistä sairauteen vedoten, kuten seuraavissa vastauksista ilmenee. Kukaan ei ole oikeutettu käyttämään minkäänlaista väkivaltaa ketään toista ihmistä kohtaan.

Tutkimuksessa ei ole otettu huomioon syitä, mistä tilanteet johtuvat. Suurin osa vuodeosastoilla tapahtuvista väkivaltatilanteista johtuu potilaitten perussairauksista tai muista sairauksista. esim. dementia, alzheimer, alko-Delirium. Myös huumeidenkäyttäjät aiheuttavat vaaratilanteita ollessaan aineitten vaikutuksen alaisena.

En ota henkistä ja fyysistä väkivaltaa henk.koht. minuun kohdistuvana. Usein kyseessä sekava vanhus. Tunnen osaavani käyttäytyä rauhallisesti uhkatilanteissa. Väistän mielummin kuin annan lyöä.

Usein tulee siedettyä enemmän kuin olisi aiheellista, tilanteet ohittaa helposti. Väkivaltailmoitusta ei tule aina tehtyä, varsinkin jos kyseessä on sekava potilas.

Osasta vastauksista kävi ilmi, että vastaajat kokivat omat valmiutensa heikoiksi kohdata uhka- ja väkivaltatilanteita. Asioista toivottiin koulutusta. Tutkimuksemme mukaan eniten toivottiin tietoa väkivaltaisen henkilön rauhoittamisesta ja itsepuolustuksesta. Kouluttamalla sairaanhoitajia ja heidän sijaisiaan uhka- ja väkivaltatilanteiden kohtaamiseen ja käsittelyyn voitaisiin parhaiten ennaltaehkäistä väkivaltaa hoitotyössä. Sairaanhoitajien ja heidän sijaistensa tulisi olla myös itse aktiivisia kouluttautumiseen hakeutumisessa. Työnantajan tulisi tarjota riittävän usein kouluttautumisen mahdollisuutta ja varmistaa, että kaikki pääsisivät koulutukseen.

13 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisen kysymys on tutkimuksen luotettavuus. Hoitotieteen kehittymisen kannalta tärkeää on se, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ja tulokset ovat luotettavia. Luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta mittaamisen ja aineiston keruun suhteen ja toisaalta tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin pitää olla tarkka, jotta se rajaa tutkittavan käsitteen sekä sen tulee erotella käsitteistä eri tasoja ja myös sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. On tärkeää saada tietoa juuri tutkimuksen kiinnostuksen aiheena olevista aiheista. (Paunonen 2006.)

Validiteetti liittyy sovellusalueen teoriaan ja sen käsitteisiin (Holopainen ym. 2004, 26). Mittarin validiteetti kertoo, mittaako mittari todella sitä, mitä sen pitäisi mitata (Paunonen 2006). Kyselytutkimuksessa siihen vaikuttaa se, miten onnistuneita kysymykset ovat, eli saadaanko niiden avulla ratkaisu tutkimusongelmaan (Heikkilä 2004, 186). Esitestauksella on iso rooli mittarin validiteetin arvioinnissa. Esitestauksen avulla voidaan varmistaa, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin kuuluu tärkeänä osana tutkimustulosten yleistettävyyys. Se onkin keskeinen kysymys hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Peruskysymys on, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. (Paunonen 2006.)

Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa tuloksia jotka eivät ole sattumanvaraisia, vaan se kuvaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa tutkimuksen kiinnostuksen kohdetta. Mittarin epätarkkuudet voivat liittyä itse mittariin tai aiheutua käyttäjien epäjohtamukaisuudesta. (Paunonen 2006.) Koko tutkimuksen ajan on oltava tarkka ja kriittinen. Virheitä voi syntyä tietoja kerätessä, syötettäessä tai käsittely ja tuloksien tulkintavaiheessa. (Heikkilä 2004, 30.) Tutkimuksen sisäinen reliabiliteetti on todettavissa mittaamalla sama tilastoyksikkö useampaan kertaan. Tutkimuksen ulkoinen reliabiliteetti tarkoittaa, että tutkimus ja mittaukset ovat toistettavissa myös muissa tilanteissa ja tutkimuksissa. (Heikkilä 2004, 187.)

Kyselylomakkeemme esiteltiin kolmella sairaanhoitajalla, joiden palautteen mukaan kyselyyn oli helppo ja nopea vastata eikä heiltä tullut parannusehdotuksia kyselylomakkeeseen. Opinnäytetyömme ohjaava opettaja, työelämän ohjaaja sekä yliopettaja tarkistivat kyselylomakkeemme ja antoivat sille hyväksynnän. Kyselylomakkeiden vastausprosentti oli 57,3 %, joten sitä voidaan pitää hyvänä eikä uusinta kyselyä tarvinnut toteuttaa.

14 POHDINTA

Tutkimus tehtiin tutkijoiden henkilökohtaisten kokemusten ja mielenkiinnon takia. Jo aihetta esiteltäessä niin koulun opettajille kuin Etelä-Karjalan keskussairaalan turvallisuuspäällikölle sekä osastonhoitajille, saatiin monia kannustavia mielipiteitä ja kommentteja. Heidän kaikkien mielestä aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Myös vastausprosentti kertoo, että henkilökunta oli aiheesta kiinnostunut ja motivoitunut vastaamaan sekä kehittämään omaa työtään turvallisempaan suuntaan. Myös avoimien kysymysten vastauksissa saatiin paljon myönteisiä kommentteja aiheestamme, esimerkiksi näin:

Koen aiheenne erittäin tärkeänä, tämä asia on usein kuitattu niin, että hoitohenkilökunnan kuuluukin alistua väkivaltaan ja ikään kuin väkivalta olisi oma vikamme.

Tutkimuksen kyselylomakkeen vastausprosentti oli hyvä, 57,3 %. Vastaukseen saattoi vaikuttaa kyselyn ajankohta, heinäkuu, joka on yleisesti lomakuukausi. Kuitenkin myös sairaanhoitajan sijaisena toimivat henkilöt olivat voineet vastata kyselyyn, joten sen vuoksi vastausprosentti säilyi hyvänä. Etelä-Karjalan keskussairaalan osastositut olivat myös mahdollisesti vastaukseen vaikuttavia tekijöitä, samoin kova kiire osastoilla.

Opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla sairaanhoitajat ja heidän sijaisinaan toimivat kohtaavat niin henkistä kuin fyysistä väkivaltaa. Vastauksien mukaan vain osa uhka ja väkivaltatilanteista käsitellään osastonhoitajan kanssa. Tutkijoille heräsi kysymys, saavatko osastonhoitajat tietoonsa kaikkia uhka- ja väkivaltatilanteita, joten niihin ei siis voida reagoida asianmukaisesti. Tilanteisiin reagointi vuodeosastoilla on kirjavaa, koska yhtenäistä käytäntöä ei ole. Osa vastaajista ei tiedä tai on epävarma miten tai kenelle ilmoitus tehdään. Osa vastaajista ei välttämättä tee ilmoitusta, jos kokee uhka- tai väkivaltatilanteen lieväksi tai potilaan sairauteen liittyväksi.

Tutkimusprosessi eteni suunnitellun aikataulun mukaan. Mitään tutkimusta viivästyttäviä tai hankaloittavia yllätyksiä ei tullut eteemme. Lähteitä tutkimukseemme löytyi hyvin ja monipuolisesti. Käytimme tiedonhakuun Nelliportaalia sekä OVID tietokantaa. Tutkimuksen tekeminen opetti paljon tieteellisen tutkimuksen tekemisestä ja kvantitatiivisen tutkimuksen analysoinnista. Tutkijat oppivat suhtautumaan kriittisesti eri lähdetietoihin ja rajaamaan tiedot vain omia tutkimuskysymyksiä vastaamaan. Tutkimustyö oli mielenkiintoista aiheesta ja monien positiivisista palautteista johtuen. Tutkimuksen tekeminen vei yllättävän paljon aikaa tutkijoilta, mutta onneksi saimme aikataulumme sovitettua. Tutkijoilla on täysin erilainen työtapo, mutta saimme tapamme hyvin sovitettua yhteen ja suuremmilta ristiriidoilta vältyttiin. Myös tutkijat oppivat paljon toisistaan ja hyväksyivät eri tavat työskennellä. Tutkimus tehtiin tutkijoiden yhteistyönä koko ajan.

Jos tekisimme uuden tutkimuksen, kyselylomakkeen tekisimme hieman eri tavalla. Tarkentaisimme kysymyksiä ja aikavälejä. Vapaasta sanasta saimme hyödyllistä tietoa, joka tuki tutkimustamme. Myös positiiviset palautteet lämmittivät mieltä. SPSS-ohjelman käyttö tuntui joskus hankalalta, siksi käytimmekin apuna Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. Ohjelmat tukivat hyvin toisiaan.

Jatkotutkimusaiheena mielestämme voisi olla työpaikan sisäisten ongelmien olemassaolo ja niiden käsittely. Saimme avoimissa kysymyksissä vastauksia aiheeseen liittyen, vaikkei meidän tutkimuskysymyksemme siihen liittynyt.

Tutkimustulos on täysin hyödynnettävissä niin Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla kuin muidenkin sairaaloiden osastoilla. Koska uhka- ja väkivaltatilanteita on ja niihin reagointi on kirjavaa, yhtenäiset toimintatavat kirjaamisesta, käsittelystä ja jälkihoidosta tulisi tehdä. Kaikkia pitäisi kannustaa väkivaltailmoituksen tekoon ja osastonhoitajan kanssa keskusteluun.

Vuoden 2011 alussa työhön liittyvät lievät pahoinpitelyt muuttuivat virallisen syytteen alaisiksi rikoksiksi. Aiemminhan lievä pahoinpitely on ollut asianomistajarikos, joka on usein jäänyt ilmoittamatta. Lakimuutoksen jälkeen poliisi voi käynnistää tapauksen tutkimisen ja asettaa tekijän rikosoikeudelliseen vastuuseen. Lakimuutoksen merkitys riippuu nyt siitä, miten työpaikoilla otetaan vastaan uusi mahdollisuus. Rikosilmoituksen tekeminen väkivaltatilanteista olisi tärkeää siksi, että väkivallan laajuudesta ja vakavuudesta saataisiin todenmukainen tieto

Meillä on aivan liian pieni palkka antaa itseemme kohdistua niin paljon väkivaltaa kuin todellisuudessa otamme vastaan.

Näin kommentoi eräs vastaajistamme ja olemme hänen kanssaan täysin samaa mieltä.

LÄHTEET

Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. 2006. Väkivallan vaara työssä. Teoksessa Vartia, M. (toim.) Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim.

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. 2004. Etelä-Karjalan keskussairaala. Väkivallan uhkan ja tilanteiden hallinta. Turvallisuusohje.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Linström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.

Etene. Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf (Luettu 8.3.2010)

Fry, S. 1994. Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas. Tampere: Tammer-Paino.

Havio, M.-L., Mattila, R., Sinnemäki, L. & Syysmeri, L. 1995. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. 2. painos. Jyväskylä: Kirjayhtymä Oy.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirvelä, T. & Hööpakka, J. 2006. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta vuodeosastoilla. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pori. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Heponiemi, T., Sinervo, T., Kuokkanen, L., Perälä, M.-L., Laaksonen, K. & Elovainio, M. 2009. Sairaanhoitajien kokemus väkivalta ja halu vaihtaa työtä. Tutkiva hoitotyö 1, 11-19.

Holopainen, M., Tenhunen, L. & Vuorinen, P. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. 2004. Hamina: Oy Kotkan kirjapaino Ab.

Ilja, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1999. Mielenterveyshuollon perusteet hoitotyössä. 2-3. painos. Tampere: Tammer-Paino.

Karvinen, M. 2010. Väkivalta tunkee sairaalaan. Sairaanhoitaja 3, 12–17.

Kauppa alan esimiesliitto KEY ry. <http://www.esimiesliitto.com> (Luettu 13.10.2010)

Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, P., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. 2007. Työ ja terveys Suomessa 2006. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Lanza, M L., Zeiss, R A & Rierdan, J. 2006. Non-Physical Violence. A Risk Factor for Physical Violence in Health Care Settings. AAOHN Journal/September 2006. Vol 54 (nro 9), 397-402

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Porvoo: WSOY.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Martimo, K-P., Antti- Poika, M., & Uiitti, J. 2010. Työstä terveyttä. Työterveyslaitos. Helsinki:Duodecim.

Merecz, D., Rymaszewska, J., Mos'cicka, A., Kiejna, A. & Jarosz-Nowak, J. 2006. Violence at the workplace-a questionnaire survey of nurses. European Psychiatry vol 21, 442- 450.

Nurmi, T. 2004. Nykysuomen keskeinen sanasto. Jyväskylä: Gummerus.

Paunonen, M., & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki:WSOY.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. Terveysten edistäminen. 2002. Helsinki: WSOY

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatriassa hoitotyössä. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. <http://www.tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00243.pdf>- (Luettu 8.3.2010)

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Sajama, S. 2011.Väkivalta on aina poliisiasia. Tehy 2, 9.

Shoghi, M., Sanjari, M., Shirazi, F., Heidari, S., Salemi, S. & Mirzabeigi, G. 2008. Workplace violence and abuse against nurses in hospitals in Iran. Asian Nursing Research. 9/2008.Vol 2 (nro 3), 184-193.

Suomen perustuslaki1999/731 <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731> (Luettu 13.10.2010)

Suomen rikoslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030515> (Luettu 13.10.2010)

Suomen rikoslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1995/19950578> (Luettu 13.10.2010)

Superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi

Söderholm, A-L., Piispa, M. & Heiskanen, M. 1999. Sairaanhoidajien työssä kokema väkivalta ja häirintä. Suomen lääkärilehti 34, 4257-4261.

Tiihonen, K., Lommi, R. & Pietarinen-Lyytinen, R. 2004. Avekkimalli lastenpsykiatrisen kriisiosaston arjessa. Sairaanhoidaja 2, 16–19.

Tilastokeskus. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalityöalojen ammattiteissa.<http://www.tilastokeskus.fi> (Luettu 10.3.2010)

Timlin, U. & Kyngäs, H. 2008. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede 4, 182 - 191.

Turpeinen, S., Kontio, R., Välimäki, M., Nikkonen, M. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoidajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. Sairaanhoidaja 8, 17–19.

Työturvallisuuslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2002/20020109.pdf> (Luettu 13.10.2010)

Weitzmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

KYSELYLOMAKE

1. Ikä: 1. alle 35 v 2. 35-50 v 3. yli 50 v

2. Sukupuoli: 1. Nainen 2. Mies

3. Työkokemus hoitoalalla vuodeosastoilla? _____

4. Kohtaatko työssäsi väkivaltaisesti käyttäytyviä henkilöitä:

1. 1-3 krt/vko 2. 1-3 krt/kk 3. 1-2 krt/vuosi
4. ei joka vuosi. 5. ei koskaan

5. Pelkäätkö väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön kohtaamista?

1. kyllä 2. joskus 3. en koskaan

6. Onko työssäsi kohtaamasi väkivaltainen henkilö:

1. Potilas 2. Omainen 3. Saattaja
4. Joku muu

7. Jos sinuun on kohdistunut fyysistä väkivaltaa, niin millaista se on ollut ja kuinka paljon sitä on tapahtunut? Ympyröi oikea vaihtoehto, voit ympyröidä myös useamman vaihtoehdon.

	1xvko	1xkk	1xvuosi	Ei koskaan
a) lyöminen	1	2	3	4
b) raapiminen	1	2	3	4
c) pureminen	1	2	3	4
d) tarttuminen	1	2	3	4
e) potkiminen	1	2	3	4
f) hiuksista tarttuminen	1	2	3	4
g) esineellä huitominen	1	2	3	4
h) muuta, mitä?	1	2	3	4

8. Millaisia seurauksia fyysisistä väkivaltatilanteista oli?

Ympyröi oikea vaihtoehto, voit ympyröidä myös useamman vaihtoehdon.

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|------------------|
| 1. ruhjeita/
mustelmia | 2. naarmuja/
haavoja | 3. luun murtumia |
| 4. unettomuutta | 5. ahdistusta | 6. pelkoa |
| 7. muuta, mitä? | <hr/> | |

9. Jos sinuun on kohdistunut henkistä väkivaltaa, millaista se on ollut ja kuinka paljon sitä on tapahtunut? Ympyröi oikea vaihtoehto, voit ympyröidä myös useamman vaihtoehdon.

	1xvko	1xkk	1xvuosi	Ei koskaan
a) hävytön nimittely	1	2	3	4
b) kiroilu	1	2	3	4
c) sanallinen uhkailu	1	2	3	4
d) huutaminen	1	2	3	4
e) vähättely	1	2	3	4
f) muuta, mitä	1	2	3	4

10. Millaisia seurauksia henkisestä väkivaltatilanteesta oli?

Ympyröi oikea vaihtoehto, voit ympyröidä myös useamman vaihtoehdon.

- | | | |
|------------------|------------------|-----------------|
| 1. ahdistusta | 2. pelkoa | 3. unettomuutta |
| 4. nöyryytystä | 5. itsesyytökset | 6. viha |
| 7. lamaantumisen | 8. muuta, mitä | <hr/> |

11. Oletko tietoinen, kuinka osastollasi toimitaan uhka- tai väkivaltatilanteen jälkeen?

- | | |
|----------|-------|
| 1. kyllä | 2. en |
|----------|-------|

12. Käsiteltiinkö uhka- ja väkivaltatilanteet jälkeensä?

1. kyllä 2. ei

13. Jos käsiteltiin, niin miten?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. keskustelu työtoverin kanssa | 2. keskustelu esimiehen kanssa |
| 3. keskustelu osastokokouksessa | 4. väkivaltailmoituksen teko |

14. Kirjataan osastollasi kaikki uhka- ja väkivaltatilanteet?

1. joka kerta 2. säännöllisesti 3. harvoin
4. ei lainkaan

15. Jos uhka- tai väkivaltatilanteisiin ei mielestäsi ole reagoitu asianmukaisesti, miten olisit halunnut asiaa käsiteltävän?

16. Järjestetäänkö osastollasi uhka- ja väkivaltatilanne-koulutusta?

1. kyllä 2. ei

17. Jos järjestetään, mistä asioista haluaisit lisätietoa?

1. väkivaltaisen henkilön kohtaaminen
2. väkivaltaisen henkilön rauhoittaminen
3. itsepuolustus
4. ennaltaehkäisevä
5. muusta, mistä? _____

18. Miten koet omat valmiutesi kohdata uhka- ja väkivaltatilanteet?

4 (4)

19. Jos haluat kertoa aiheesta jotakin muuta tutkijoille, ole hyvä, sana on vapaa

Oikein paljon kiitoksia vastauksistasi!

HYVÄ SAIRAANHOITAJA/SAIRAANHOITAJAN SIJAINEN!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Saimaan ammattikorkeakoulusta, Imatran toimipisteestä ja teemme opinnäytetyötä sairaanhoitajien kokemasta väkivallasta Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla.

Sairanhoitajien kokema väkivalta vuodeosastoilla on kiinnostava meille tutkijoille, koska olemme myös itse törmänneet väkivaltatilanteisiin työssämme Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla ja väkivaltatilanteisiin reagoiminen on ollut aika kirjavaa käytäntöä. Aihe on ajankohtainen ja aiheesta on paljon kirjoitettu myös hoitoalan ammattilehtiin. Fyysinen ja psyykinen koskemattomuus on kaiken perusta hoitotyössä.

Tutkimuksemme tarkoitus on tarkastella väkivallan kokemuksia vuodeosastojen sairaanhoitajien näkökulmasta ja tutkia heidän kokemuksiaan asiasta. Haluamme tutkimuksessamme vastauksia kysymyksiin, että kuinka paljon väkivaltaa esiintyy Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla, minkälaista väkivalta on ja miten väkivaltatilanteisiin reagoidaan. Väkivalta käsittää niin fyysisen kuin psyykkisenkin väkivallan. Haluamme myös selvittää, mikä ero on psyykkisen ja fyysisen väkivallan suhtautumiseen, hyväksytäänkö psyykinen väkivalta helpommin kuin fyysinen. Tutkimuksessamme keskitymme aikuisten käyttämään väkivaltaan.

Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömästi ja kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaajien henkilötietoja emme tule kysymään missään vaiheessa. Täytetyt kyselylomakkeet tullaan hävittämään asianmukaisesti analyysin jälkeen ja tutkimustuloksista tullaan raportoimaan tutkimukseen osallistuneille osastoille. Osastoja ei eritellä kyselylomakkeessa millään lailla.

Ole hyvä ja vastaa kaikkiin kysymyksiin ympyröimällä mielestäsi oikea vastausvaihtoehto ja vastaa myös muutamaan avoimeen kysymykseen lyhyesti sille varattuun tilaan. Kysely on tarkoitettu sairaanhoitajille sekä heidän sijaisenaan toimiville henkilöille. Palauta täytetty kyselylomake sille varattuun vastauslaatikkoon 31.7.2010 mennessä.

Vastauksistasi kiittäen

Tiina Korhonen

tiina.korhonen@student.saimia.fi

040/4184425

Pia Sinisalo

pia.sinisalo@student.saimia.fi

050/5925336

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**
Sosiaali- ja terveystyö
Koulutuspäällikkö

Viranhaltijapäätös

1

23.06.2010 Dnro 422/13.00/2010

§ 3/2010/ Tutkimuslupapäätös

TUTKIMUSLUPA / Tiina Korhonen ja Pia Sinisalo

Päätös

Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne
"Sairaanhoitajien kokema väkivalta Etelä-Karjalan keskussairaalan
vuodeosastoilla".

Lappeenrannassa 23.6.2010



Taru Juvakka
Koulutuspäällikkö, TtT
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyö
Koulutuspalvelut
PL 24
53101 Lappeenranta
taru.juvakka@eksote.fi
Puh. 044 791 5620

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 23.6.2010



Hannele Lindberg
toimistos sihteeri